P232

DISSERTATION

N° 66.

SUR L'EMPYÈME,

ET SUR L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 mars 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR EUGÈNE-PIERRE BACHE, de Grenoble,

Département de l'Isère.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

27532

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers.	Gibert.
Baudeloque.	Kergaradec.
Bouvier, *Suppléant.*	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Suppléant.*	Pavet de Courteilée.
Devergie.	Ratheau.
Dubois.	Richard.
Dance, *Examinateur.*	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE.

Témoignage d'une amitié sans bornes et d'une vive reconnaissance.

A MON FRÈRE.

Nouveau gage d'amitié.

E.-P. BACHE.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Témoignage d'une amitié sans bornes et d'une vive reconnaissance.

A MON FRÈRE.

Souvenir d'une douce alliance.

E.-P. BACHE

DISSERTATION

SUR L'EMPYÈME,

ET SUR L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

L'EMPYÈME, εμπυημα, *collectio puris*, d'après son acception étymologique, signifie une collection de pus dans une partie quelconque de notre économie ; c'est ainsi du moins que les anciens médecins, tels qu'*Hippocrate*, *Galien*, *Arétée*, le considéraient ; cependant c'est à l'épanchement de pus dans la poitrine qu'ils donnaient le plus particulièrement le nom d'*empyème*. Depuis *Hippocrate* jusqu'à nos jours, on a continuellement donné au mot *empyème* des acceptions différentes ; les uns l'ont défini, toute collection de liquide dans la poitrine de quelque nature qu'il fût ; d'autres, toute collection de pus seulement dans cette même cavité, et provenant soit des membranes séreuses thorachiques, soit de quelque autre organe voisin de cette cavité, tel que le foie, la rate ; soit enfin des parties qui constituent ses propres parois, telles que le diaphragme, le tissu cellulaire, les muscles intercostaux, une carie des côtes ou de la colonne vertébrale.

Les premiers se fondent sur ce que les différens épanchemens du thorax se combinent quelquefois entre eux, de telle manière qu'il n'est plus possible de décider quelle est la nature du liquide ; ensuite

que la même opération convient pour le traitement de ces maladies. Mais je répondrai à cela qu'il est toujours assez facile, d'après les signes commémoratifs et les signes diagnostiques, de connaître les causes qui ont produit l'empyème, et par cela même sa nature; que l'hydrothorax, le pneumothorax, l'hémothorax et l'empyème ont beaucoup de signes, il est vrai, communs, mais qu'ils en ont aussi de bien particuliers; qu'il est aisé de voir que ces maladies diffèrent non-seulement par leurs causes, mais encore par leur mode de terminaison; et qu'enfin le traitement doit varier suivant la nature de l'épanchement.

Quant aux derniers, leur définition me paraît meilleure en ce sens seulement; qu'il faut que la nature du liquide soit toujours du pus; cependant je ne crois pas qu'elle soit admissible, puisqu'ils ont, comme les premiers, confondu plusieurs maladies en une seule, chose que l'on doit éviter, afin de ne pas se méprendre sur le véritable principe du mal, et sur le traitement qu'on doit y apporter.

Il est donc de toute nécessité, pour ne pas confondre toutes ces affections en une seule, de restreindre la signification du mot *empyème*, et dire : l'empyème est une collection de liquide qui se fait dans une des cavités thorachiques, ou dans toutes les deux, à la suite d'une inflammation de la plèvre costale ou pulmonaire, et appeler ensuite *opération de l'empyème* le moyen mécanique par lequel on parvient à donner issue aux liquides épanchés.

On voit, d'après cette définition, combien il est facile maintenant de s'entendre sur l'origine de cette maladie, sur sa nature, et de ne pas la confondre avec une multitude d'autres affections, qui toutes ont des causes et une marche différentes, et réclament aussi pour cette raison un traitement qui doit varier suivant les organes malades et le mode dont ils sont affectés.

Cependant on pourrait me faire une objection sur ce que dans ma définition je n'ai point spécifié la nature du liquide; mais comment aurais-je pu le faire? L'observation n'a-t-elle pas montré que, suivant que l'inflammation était plus ou moins vive, plus ou moins récente,

le liquide présentait aussi des qualités variables, soit pour la couleur, soit pour la consistance, l'odeur, etc.? Ainsi on l'a vu séreux et à peine troublé par quelques légers flocons d'albumine concrète, tantôt purulent comme le pus du phlegmon, sans odeur et d'une couleur verdâtre ou blanchâtre; tantôt purulent, infecte, plus ou moins trouble, floconneux et même bourbeux; enfin on a trouvé une autre matière appelée *fausse membrane*, solide, transparente, se réduisant presque entièrement en eau lorsqu'on la presse entre les doigts, qui se solidifie de plus en plus à mesure qu'elle s'éloigne de son époque de formation, qui s'organise même, se pénètre de vaisseaux, contracte avec la plèvre des adhérences, et circonscrit des parties dans lesquelles le pus peut quelquefois s'amasser, et donner lieu à ce qu'on appelle *empyème enkysté*. Voilà en général les différens caractères qu'on remarque dans les sécrétions qui sont le résultat des divers états inflammatoires de la plèvre; je vais maintenant m'occuper des signes qui peuvent nous conduire le plus exactement possible à la connaissance de l'empyème.

Ces signes sont : la dyspnée, la toux, des horripilations, une fièvre continue avec redoublement le soir; le pouls est petit, mou, embarrassé; les battemens du cœur offrent le même caractère; il existe un sentiment de pesanteur vers l'épigastre et dans la partie du diaphragme située sous le côté malade; la percussion de la poitrine du même côté fait entendre un son mat; lorsque le liquide n'est pas encore fort abondant, l'égophonie se fait entendre au moyen du stéthoscope, principalement aux environs de l'angle de l'omoplate, et dans l'espace compris entre le bord interne de cet os et la colonne vertébrale; on l'entend aussi, mais moins distinctement, dans une zone de deux ou trois doigts de largeur qui se dirige en suivant la direction des côtes, depuis le milieu de l'omoplate au sternum; mais lorsque, par son accumulation toujours croissante, il a dilaté fortement la poitrine, l'égophonie disparaît alors dans les parties que je viens de décrire, et ne reparaît que faiblement au-dessus de la clavicule, et à la partie supérieure et postérieure de l'omoplate; alors le

corps s'infiltre en commençant toujours du côté de l'épanchement, la locomotion est pénible ainsi que la respiration; il y a suffocation au moindre mouvement, et la face prend une teinte violette; quelquefois le malade ne peut dormir qu'assis sur son lit et le corps incliné en avant; d'autres fois c'est sur un plan incliné qui lui élève la tête et les épaules qu'il se couche presque toujours sur le côté malade, enfin sur le dos lorsque l'épanchement est double.

Quelques auteurs ont encore donné pour signe, que lorsqu'on agitait la poitrine en sens inverse, on produisait un bruit semblable à celui que produirait un vase à moitié rempli de liquide et qu'on agiterait de la même manière, ce signe est vrai et faux en même temps; il est vrai lorsque le pus s'est fait jour à travers les bronches, ou a été rejeté en partie par cette voie, car alors de l'air s'est introduit dans cette cavité, ou bien encore des gaz s'y sont formés naturellement; mais il est faux dans le cas contraire; en effet, il serait de toute impossibilité de retirer le moindre bruit d'un liquide qui remplirait hermétiquement un vase et à qui on imprimerait des secousses opposées, il en est de même pour la poitrine.

Bichat donne encore pour signe que, si l'on vient à comprimer l'hypochondre du côté malade, on produit de suite la suffocation; d'autres médecins ont observé le contraire. Il n'est pas difficile d'expliquer pourquoi une telle dissemblance dans la production de ce signe arrive, cela ne tient point certainement à la manière de comprimer, toute la différence existe dans l'époque plus ou moins avancée de la maladie. En effet, si dans un empyème commençant on vient à comprimer l'hypochondre du côté où existe l'épanchement, on refoule le diaphragme dans la poitrine, et on force le liquide à comprimer davantage le poumon, on produit par cela même la suffocation; mais si la poitrine est fortement dilatée, et que le poumon, refoulé tout à fait à la partie supérieure de cette même cavité soit comprimé de manière à ne plus recevoir d'air, la même manœuvre ne produira plus le même effet : c'est en comprimant le côté opposé qu'on cause de suite la suffocation, car on empêche le poumon sain, qui remplit pour ainsi dire la fonction de l'autre, de se dilater et de recevoir une

quantité suffisante d'air. Il est très-vraisemblable, quoique l'observation ne l'ait point encore démontré, que c'est à cette même cause, c'est-à-dire à la plus ou moins grande quantité de liquide contenu dans la poitrine qu'est due cette variation dans le décubitus chez certains malades qui sont presque toujours couchés sur le côté opposé à l'épanchement.

La conformation de la poitrine peut encore éclairer le diagnostic; elle est souvent plus développée du côté où est l'empyème. Je n'ai pas besoin d'en dire la cause, seulement, pour se convaincre de sa dilatation, il suffit de mesurer bien exactement les deux côtés du thorax séparément; pour cela on prend un ruban de fil, et on place une de ses extrémités au milieu de l'appendice xiphoïde sternal, et on mène l'autre bout horizontalement aux apophyses épineuses dorsales; on marque sur le ruban, au moyen d'une échancrure, l'endroit qui correspond à ces mêmes apophyses, ensuite on en fait autant pour l'autre côté, puis on compare les deux mesures, et on voit de combien l'une dépasse l'autre; cependant on doit faire attention que ce moyen d'explorer n'est bon que pour les individus bien conformés; mais chez la plupart des rachitiques, par exemple, il faut le rejeter entièrement, car on serait conduit à des erreurs très-graves. La courbure des côtes est aussi diminuée, elles sont élevées, mobiles et redressées sur la colonne vertébrable, ce qui fait que les intervalles intercostaux sont élargis, et lorsqu'on place plusieurs doigts d'une main entre ces espaces, et que de l'autre on percute l'hypochondre du même côté, on ressent, comme dans l'ascite, des ondulations très-sensibles, preuve incontestable du liquide.

Parmi les nombreux signes que je viens d'énumérer, il en est beaucoup qui sont communs à d'autres maladies, mais il en est aussi quelques-uns qui sont pathognomoniques; et si beaucoup de médecins ont commis des erreurs graves par rapport à l'empyème, c'est que, 1° ils se sont arrêtés sur des signes peu sûrs; 2° qu'ils n'ont pas voulu attendre des signes plus concluans; 3° enfin, qu'ils ne se servaient pas, comme nous, des mêmes moyens d'investigation, moyens qui sont

d'une absolue nécessité pour ce genre de maladie ; j'avouerai cependant qu'il est des cas dans lesquels le médecin ne peut rien prononcer, pas même la soupçonner. Ainsi *Panurole*, *Ledran*, etc, disent avoir rencontré plusieurs fois des épanchemens qui n'ont été reconnus qu'après la mort dans des sujets dont on n'avait pas même pensé à l'existence pendant la vie; cela tient, soit à la rapidité avec laquelle cette maladie se déclare quelquefois, soit parce qu'on a été appelé trop tard, et qu'on n'a pas pu observer son début, soit enfin parce qu'il ne s'est rencontré aucun signe qui pût faire croire à son existence. J'ai observé moi-même, il y a cinq ans, dans l'hôpital de Grenoble, un cas fort singulier d'empyème qui n'a été reconnu qu'après la mort de l'individu. C'était un militaire fort et vigoureux qui, après deux jours d'entrée à l'hôpital, mourut d'un épanchement considérable de pus dans la poitrine ; il ne s'était plaint pendant ces deux jours que d'une douleur très-forte qu'il disait ressentir profondément au milieu du sternum, et qu'il attribuait à un os qu'il avait avalé en mangeant de la viande, et qui s'était arrêté, disait-il, à moitié chemin. Il était, comme on voit, de toute impossibilité de reconnaître la nature du mal, et on aurait eu tort d'accuser le médecin d'impéritie ; mais combien sont rares ces exemples ! L'empyème, au contraire, a ordinairement une marche beaucoup plus lente, qui permet au médecin attentif de le reconnaître, de le suivre et d'y porter remède aussitôt que le cas l'exige. Pour arriver à ce but, on doit, si on n'a pas suivi la maladie dès le commencement, porter la plus scrupuleuse attention sur les signes commémoratifs, ensuite employer tous les moyens nécessaires qui peuvent nous conduire à la faire découvrir, enfin se rendre raison de tous les phénomènes existans.

Il ne faut pas, par exemple, sur ce que la poitrine ne résonne pas par la percussion, sur ce que le malade se couche toujours sur le même côté, et sur tant d'autres signes aussi peu concluans, baser de suite son jugement ; il faut attendre, au contraire, qu'il en vienne d autres plus sûrs, tels que la fluctuation qu'on ressent sous les doigts placés entre les côtes lorsqu'on percute de l'autre main la partie infé-

rieure de la poitrine; le bruit que fait entendre le liquide lorsqu'on l'agite en sens inverse, en faisant bien attention toutefois que cela n'arrive que lorsqu'il existe de l'air dans cette cavité; enfin, l'égophonie qu'on entend par le moyen du sthétoscope, et qui est, à mon avis, un des moyens les plus sûrs pour baser son diagnostic, surtout si on a observé la maladie dès son début. En effet, on parvient non-seulement, à l'aide de cet instrument, à préciser à quelque différence près la quantité du liquide, mais encore son siége; je dis son siége, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il se forme quelquefois, au moyen des fausses membranes, des kystes qui se remplissent de pus, et forment ce qu'on appelle un *empyème enkysté*. Un autre avantage non moins grand, c'est qu'il fallait, avant la découverte de cet instrument, pour arriver d'une manière sûre à la connaissance de cette maladie, attendre que les signes se montrassent avec beaucoup d'intensité, que la poitrine fût dilatée et qu'on ressentît le liquide par la percussion; encore arrivait-il fort souvent que les malades mourraient avant cette époque; et lorsqu'ils ne succombaient pas, il était rare alors d'obtenir des différens moyens qu'on employait pour leur guérison de très-bons résultats; en effet, l'inflammation de la plèvre, par suite ses lésions dans son organisation, l'augmentation du pus, et enfin la perte totale du poumon en étaient suffisamment la cause.

Maintenant, au contraire, que le sthétoscope et la manière de s'en servir sont connus, et que, de plus, les résultats qu'il donne pour ce genre de maladie sont certains, on peut suivre sa marche et agir suivant les préceptes de l'art; aussi verra-t-on par la suite l'empyème, qui était une des maladies le plus redoutables, le devenir bien moins de jour en jour, soit par la facilité qu'on a aujourd'hui de le connaître, soit par les différens traitemens qu'on a employés et les modifications qu'on peut leur faire subir.

Tout empyème abandonné à lui même est d'un prognostic très-fâcheux, et se termine presque toujours par la mort. En effet, le pus continuant à s'amasser dans la cavité thorachique, en distend les parois, et détermine, par sa présence trop prolongée, d'abord une irritation

sur sa membrane qui altère et augmente sa sécrétion habituelle ; ensuite le poumon est comprimé de plus en plus vers le médiastin, de telle manière qu'il faut souvent la plus scrupuleuse attention pour le trouver lorsqu'on fait l'ouverture de cette cavité ; en outre, le liquide refoule peu à peu le médiastin et les organes concomitans, à un tel point qu'on a vu quelquefois le cœur changé entièrement de place et faire sentir ses pulsations tout à fait dans la cavité droite thorachique. Le poumon sain, par cela même que le médiastin est refoulé sur lui, ne peut plus se laisser pénétrer d'air comme auparavant ; alors arrivent tous les symptômes les plus alarmans : difficulté de respirer, suffocation au moindre mouvement ; toux sèche, soif ardente ; l'adynamie musculaire survient ensuite, par la seule raison que le cœur ne peut plus envoyer une assez grande quantité de sang pour vivifier ces organes ; il en est de même pour tous les autres ; enfin, la diarrhée, les sueurs colliquatives, la leucophlegmatie, etc., se mettent de la partie, et le malade succombe.

Il arrive cependant que l'empyème ne suit pas toujours la même marche, la nature parvient quelquefois à s'en débarrasser de plusieurs manières ; tantôt le pus se fait jour entre les côtes et les muscles du thorax et vient faire saillie sous la peau, tantôt c'est par les bronches qu'il est porté au dehors ; enfin il peut être résorbé.

Lorsque le pus se porte sur un des points du thorax, il forme une tumeur fluide, sans rougeur à la peau, sans douleur, et qui diminue un peu de volume lorsqu'on la comprime fortement et long-temps ; quelque jours après, la peau devient rouge, s'amincit, et la tumeur s'ouvre d'elle-même pour donner passage à la matière de l'épanchement, après quoi elle se ferme pour se former de nouveau, quelquefois dans le même endroit, quelquefois dans un autre ; ou bien encore elle reste fistuleuse, et le liquide coule continuellement jusqu'à l'entière terminaison de la maladie. *Schenkius* cite l'exemple d'une demoiselle qui guérit à la suite de deux tumeurs qui survinrent à peu de distance l'une de l'autre sous chacune les deux mamelles, et s'ouvrirent pour donner issue à du pus contenu dans la poitrine.

D'autres fois le pus se fait jour à travers les bronches, par le moyen d'une fistule qui établit une communication entre la cavité de la plèvre et les bronches, et est rendu au dehors en assez grande quantité pour surpasser même une pinte, une pinte et demie de liquide. *Bayle* en cite plusieurs observations. Il n'y a pas cinq mois encore que j'ai observé le même cas à Grenoble; mais je ne crois pas que, malgré ces dispositions bienfaisantes de la nature, les malades survivent longtemps à cette incommodité.

Enfin l'absorption du pus, et son transport par métastase vers quelque partie du corps, ou bien son évacuation par les urines, les sueurs, me paraissent fort douteuses, quoiqu'une multitude d'observations en attestent l'authenticité. Pour moi, je crois qu'il ne peut y avoir de véritable résolution spontanée que lorsque le liquide contenu dans la poitrine est seulement séreux, car alors l'inflammation de la plèvre n'a pas été portée à un assez haut degré d'intensité pour avoir changé l'action ou plutôt l'organisation des vaisseaux absorbans; tandis que, dans le cas contraire, c'est à dire lorsqu'il existe du pus, la plèvre est tellement lésée dans son organisation, qu'il serait tout à fait déraisonnable de croire qu'elle pût exercer ses fonctions comme dans l'état de santé.

Puisque la nature fait tous ses efforts pour se débarrasser d'un principe nuisible à son existence, on voit de suite quelle est la conduite que doit tenir le médecin dans une pareille circonstance : donner issue au liquide épanché, à quelle époque de la maladie, et par quel moyen, voilà sans contredit le but qu'il doit atteindre.

Beaucoup de praticiens ont assigné l'époque à laquelle on doit pratiquer l'opération de l'empyème. *Vallesius*, *Boerhaave*, veulent qu'on la pratique aussitôt qu'on est certain de sa présence; *Van-Swiéten*, au quatrième ou au cinquième jour, afin de donner à la nature le temps d'opérer une crise salutaire; d'autres enfin, après le quarantième jour, temps après lequel il n'est plus permis d'obtenir de guérison; cependant elle a été couronnée de succès, quant bien même on l'eût pratiquée après deux et même trois mois. Mais combien il serait dan-

gereux de suivre de pareilles données. En effet, si l'on opère trop tôt, on expose le malade à des accidens qu'on aurait sans doute évités si l'on eût attendu quelque temps encore, ainsi ne voit-on pas très-souvent des épanchemens, lorsqu'ils ne sont que commençans, se résorber par les seules forces de la nature, ou aidés par des moyens thérapeutiques convenables. Au contraire, si l'on opère trop tard, on donne au liquide le temps d'augmenter de plus en plus et de comprimer le poumon à un tel point qu'il ne puisse plus revenir qu'en partie sur lui-même, et en outre de causer par sa présence, trop prolongée, l'inflammation totale de la membrane séreuse, le succès de l'opération sera alors des plus douteux; il faut donc suivre une autre marche plus rationnelle et attendre, pour opérer, que l'épanchement soit assez considérable pour ne plus faire espérer son absorption, ensuite que le poumon ne soit pas comprimé de manière à ne plus pouvoir revenir sur lui-même.

J'ai déjà parlé plus haut des différens moyens par lesquels on parvenait à cette connaissance; je n'y reviendrai pas, je vais parler maintenant de l'opération de l'empyème.

Les médecins qui ont écrit sur cette maladie ne sont pas encore bien d'accord sur le lieu où on doit pratiquer l'opération. MM. *Pelletan*, *Richerand*, etc., veulent qu'en comptant les côtes de bas en haut, l'opération soit faite sur le côté droit entre la quatrième et la cinquième côte abdominale; et du côté gauche, entre la troisième et quatrième. *Chopart*, *Desault*, M. *Boyer*, etc., conseillent de choisir de chaque côté l'interval intercostal inférieur; pour moi, je serais d'avis de suivre l'exemple des premiers, parce qu'il se forme très-fréquemment des adhérences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, surtout dans la partie inférieure de la cavité thorachique, ce qui gêne singulièrement dans l'opération; d'ailleurs, l'ouverture serait bien assez basse, et le pus ne pourrait séjourner long-temps dans cette cavité à cause de la facilité avec laquelle le diaphragme s'élève et s'abaisse; mais il est quelquefois difficile, si l'individu est gras ou s'il est infiltré, de trouver cet espace intercostal; alors on opère sur le milieu d'une ligne horizontale qui s'étendrait de l'appendix sternal au rachis.

L'intervalle intercostal trouvé, il faut ouvrir la poitrine dans le lieu qui correspond à la portion la plus arquée des côtes, et on procède à l'opération de la manière suivante : on fait asseoir le malade obliquement sur le bord de son lit du côté où existe l'épanchement, ou bien encore en supination, si le malade est très-faible ; puis on a soin, afin de mieux découvrir l'espace intercostal, de lui faire porter le bras en avant ; alors armé de son bistouri, on incise, à une égale distance de la côte qui est au-dessus et du bord supérieur de celle qui est au-dessous, la peau dans une longeur d'un pouce, en suivant toujours la direction des côtes, ayant eu soin préalablement de distendre les tégumens. L'incision faite, on écarte les lèvres de la plaie, on coupe les muscles qui sont au-devant des espaces intercostaux, puis les muscles intercostaux eux-mêmes ; enfin, arrivé à la plèvre, on doit prendre toutes les précautions possibles pour ne pas léser le poumon ; on passe pour cela le doigt indicateur de la main gauche dans la plaie, on glisse sur ce doigt le bistouri, et on fait une légère ponction à la plèvre ; on introduit dans l'ouverture une sonde canelée, et on achève l'incision. Aussitôt l'incision faite le pus s'écoule au-dehors ; il arrive quelquefois de rencontrer des adhérences qui empêchent la sortie du liquide, alors avec une sonde ou bien encore avec le doigt introduit dans l'espace intercostal, il est facile de les détruire, et le pus sort aussitôt après.

Il s'agit maintenant de savoir si l'on doit laisser sortir tout le liquide, et si l'air qui en prend la place est nuisible à la guérison de cette maladie. Pour ce qui est de l'entière sortie du liquide, cela ne convient que dans l'empyème peu avancé, et lorsque le malade n'est pas trop faible ; mais lorsque, au contraire, l'épanchement, par son accumulation, a dilaté la poitrine, que le malade est faible, il faut vider la poitrine en différentes fois, afin de ne pas causer un trop grand affablissement, éviter par là des syncopes, qui souvent sont très-dangereuses. Pour ce qui concerne l'introduction de l'air, on doit faire tous ses efforts pour en laisser entrer le moins possible, malgré l'opinion de beaucoup de médecins, qui veulent que ce soit un moyen nécessaire

pour activer l'état de phlegmasie chronique de la plèvre, augmenter le ton des absorbans, et hâter par cette phlogose l'adhésion intime des surfaces séreuses. Pour combattre cette opinion, il me suffira de rappeler seulement l'irritation que produit le contact de l'air sur les plaies en général, sur les ulcères atoniques, enfin sur la membrane séreuse péritonéale et sur les membranes sinoviales. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la plèvre thorachique? L'air, par sa présence, irrite de plus en plus sa surface, vicie les qualités du pus, augmente sa sécrétion, épuise peu à peu le malade; et s'il échappe malgré cela à la mort, il demeure un temps considérable avant d'atteindre à sa guérison. Il faut donc trouver un moyen qui puisse nous mettre à l'abri d'un semblable inconvénient.

Parmi les nombreux procédés qui ont été employés jusqu'à présent pour empêcher l'introduction de l'air dans la cavité thorachique, je n'en connais point de plus simple, et qui remplisse le mieux ce but, que celui employé par M. *Billerey*, professeur de clinique interne à l'École secondaire de médecine de Grenoble : il consiste a remplacer par une décoction émolliente qu'il injecte dans la poitrine au moyen d'une seringue, à peu près tout l'espace qu'a laissé après sa sortie la matière de l'épanchement ; puis il ferme l'ouverture au moyen d'un bouchon fait avec la racine de gentiane ou de guimauve ; il applique par-dessus un large emplâtre de diachylon, recouvre le tout de plusieurs compresses, qu'il assujettit au moyen d'un bandage de corps, et répète la même opération tous les jours jusqu'à l'entière guérison du malade. Je ferai observer que lorsqu'on injecte la décoction, il faut faire coucher le malade sur le côté opposé à l'ouverture pour faciliter la sortie de l'air; car s'il était assis sur son lit, on voit bien que le liquide, une fois qu'il aurait dépassé l'ouverture intérieure, s'opposerait à la sortie de l'air, et causerait une pression d'autant plus forte qu'on emplirait davantage la poitrine ; on n'empêcherait donc pas le contact de l'air d'avoir lieu, et le but qu'on se proposait serait manqué.

Mais un avantage non moins grand qu'offre ce procédé, c'est de

pouvoir produire à volonté le dégré d'irritation convenable, en changeant la nature du liquide que l'on veut injecter. Ainsi M. *Billerey*, dans tous les cas d empyème qu'il a eu occasion de traiter dans sa pratique, a observé que la décoction de quinquina était celle qui lui avait toujours fourni les meilleurs résultats ; que non-seulement elle changeait l'état d'irritation de la plèvre, mais encore augmentait les forces du malade, diminuait la quantité du pus, qui, même lorsqu'il était vicié, ne tardait pas à reprendre de bonnes qualités. Les meilleures preuves que je puis donner sur l'efficacité de son traitement, c'est qu'il a déjà remporté plusieurs succès dignes de remarque. J'ai pansé moi-même, il y a trois ans, à l'hôpital de Grenoble, un malade âgé de seize ans, presque agonisant, et opéré de l'empyème par ce médecin qui le guérit très-bien après huit mois de traitement; il ne restait plus, à cette époque, qu'une légère fistule d'où coulait encore un peu de pus; mais le malade, fatigué de son long séjour dans l'hôpital, en sortit pour servir en qualité de domestique. J'ai eu occasion, un mois et demi après, de le revoir ; il se portait fort bien, ne se plaignait d'aucun mal, malgré l'exercice assez pénible qu'il était obligé de faire : sa fistule seulement n'était point encore fermée; il faut attribuer la longueur de temps qu'emploient ces fistules à s'oblitérer au poumon qui ne peut revenir tout à fait sur lui-même, et laisse une cavité qui fournit continuellement du pus tant que les parties, par leur rapprochement successif et leur adhésion intime, ne viennent pas l'effacer entièrement; il faut donc, pour parer à cet inconvénient, ne pas attendre trop long-temps pour pratiquer l'opération, car plus le poumon aura souffert de la compression, plus aussi il aura de la peine à se dilater et à reprendre son volume primitif.

Mais il ne faut pas croire que la guérison du malade consiste seulement dans la manière de pratiquer l'opération et de faire les pansemens, il faut encore avoir recours à l'hygiène et aux médicamens internes ; ainsi on prescrira une diète sévère, on n'augmentera que progressivement les alimens, et toujours en petite quantité; on donnera d'abord des bouillons, du lait sucré, etc. ; on passera ensuite aux potages

faits avec les fécules de pomme de terre, de salep, etc.; après cela aux crêmes de riz, de grueau, etc.; enfin, lorsque les forces augmenteront, on choisira des alimens plus solides. L'air devra aussi être renouvelé fréquemment, surtout qu'il ne soit pas froid et humide; on fera garder le plus grand repos et un silence absolu. Lorsque le malade entrera en convalescence, un exercice modéré, auquel on associera les frictions sèches sur toute l'habitude du corps ou limitées aux extrémités inférieures, donneront aux organes de la poitrine une excitation salutaire, rétabliront la circulation capillaire de la peau qui était infiltrée, et porteront dans tout l'organisme le paralélisme dans l'exécution des fonctions. Pour ce qui regarde les médicamens internes, les boissons émollientes, mucilagineuses, délayantes seront tour à tour mises en usage; d'autres fois, suivant que le malade sera plus ou moins faible, il faudra choisir de préférence les boissons toniques, telles qu'une légère infusion de quinquina sucré, des vins généreux, comme l'alicante, le malaga, etc., dont il prendra une cuillerée de temps en temps, enfin une multitude d'autres médicamens qu'il est inutile de rappeler ici puisque les effets qu'ils produisent sont les mêmes.

Il ne me reste plus maintenant, pour terminer l'histoire de l'empyème, qu'à tracer en peu de mots le mécanisme suivant lequel la guérison de cette maladie s'opère.

Si l'on observe attentivement après l'opération la conformation de la poitrine, on voit que le côté qui renferme l'épanchement a diminué de volume, et que cette diminution est d'autant plus grande que l'épanchement a été plus considérable; les parties tendent donc à revenir à leur premier état : en effet, les côtes s'abaissent, redeviennent obliques; le poumon se dilate peu à peu aussitôt qu'il cesse d'être pressé; il se forme des adhérences plus ou moins intimes entre les deux plèvres, ce qui amène un rétablissement parfait; cependant il arrive quelquefois que le poumon a été tellement pressé contre le médiastin qu'il ne peut plus reprendre les mêmes dimensions qu'il avait au paravant, alors il reste toujours une cavité qui fournit continuellement du pus, tant qu'elle n'est point entièrement oblitérée, ce qui

ne peut s'opérer sans que les parois thorachiques n'y participent, aussi voit-on ces mêmes parois s'aplatir, se creuser, le sternum et l'épaule s'abaisser fortement, la colonne vertébrale s'incliner, d'autres fois de fausses membranes se former, d'où l'on peut conclure avec raison que plus le sujet sera avancé en âge et la maladie ancienne, plus long-temps aussi se fera attendre la guérison.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui à tetano corripiuntur, in quatuor diebus pereunt ; si verò hos effugerint, sani fiunt. *Sect.* 5, *aph.* 6.

II

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet : verò brevi, celeriter *Sect.* 2, *aph.* 7.

III.

In ictericis hepar durum fieri, malum. *Sect.* 6, *aph.* 42.

IV.

Si lingua ex improviso impotens fiat, aut aliqua corporis pars siderata, melancholicum hoc ipsum fit. *Sect.* 7, *aph.* 40.

V.

Si senioribus nimiùm purgatis, singultus superveniat, non bonum. *Ibid.*, *aph.* 41.

VI.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, morbus. *Ibid.*, *aph.* 71.